

Материалы VIII съезда акушеров-гинекологов и неонатологов Республики Беларусь

Жарко В.И., Часнойть Р.А., Бровко И.В., Шилова С.Д.

Министерство здравоохранения
Республики Беларусь

Организационное обеспечение безопасного мате-ринства в рес- публике беларусь

Защита материнства и детства была и остается одной из приоритетных задач нашего государства.

В республике используется программно-целевой подход по координации деятельности структур, служб и ведомств, направленный на проведение общегосударственных и региональных программ и мероприятий по совершенствованию оказания помощи беременным, роженицам и детям, снижению перинатальной, младенческой и материнской смертности:

1. Национальная программа демографической безопасности на 2007-2010 гг. № 135,

2. Государственная программа реализации в 2006-2007 годах основных направлений совершенствования деятельности и организаций Республики Беларусь на 2003-2007 годы, утвержденной постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 23 декабря 2005 г. № 1525,

3. Программа развития здравоохранения Республики Беларусь на 2006-2010 годы, утвержденной постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 31 августа 2006 г. № 1116,

4. Президентская программа «Дети Беларуси» на 2006-2010 годы, утвержденной Указом Президента Республики Беларусь от 15 мая 2006 г. № 318.

5. Государственная программа возрождения и развития села на 2006-2010 годы, утвержденной Указом Президента Республики Беларусь от 25 марта 2005 г. № 150 и другие.

Организация оказания акушерско-гинекологической помощи основана на исполнении нормативно-правовых документов Министерства здравоохранения Республики Беларусь:

Нормативные документы Министерством здравоохранения Республики Беларусь доводятся до организаций здравоохранения в виде адаптированных приказов управлений здравоохранения облисполкомов и комитета

по здравоохранению Мингорисполкома с учетом региональных особенностей.

Традиционно в республике первостепенное значение придается репродуктивному здоровью женщин и тем годам ее жизни, когда она находится в детородном возрасте.

В числе индикаторов репродуктивного здоровья женщин ВОЗ включает:

доступность квалифицированной медицинской помощи, суммарный коэффициент рождаемости, охват женщин антенатальной помощью, заболеваемость беременных, материнская смертность, долю недоношенных детей и другие, долю аборт, использование женщинами методов контрацепции.

В медицинских учреждениях республики работает 2334 врачей акушеров-гинекологов (5,4% от всех врачей): из них аттестовано – 81,2%, высшая категория – 12,9, первая – 40,9%, вторая – 27,4%, обеспеченность кадрами 96,42%, коэффициент совместительства 1,3.

В Минской области самая низкая укомплектованность физическими лицами составляет 63,7%, из них 20,1% – пенсионеров. Особенно тяжелая ситуация с кадрами сохраняется не только в малых – в Клецком (54,5%), Пуховичском районе (51,9%), но и в крупных учреждениях – Солигорская ЦРБ (55,3%).

Это диктует необходимость усиления мер, направленных на привлечение и закрепление специалистов в области.

Недостаточное кадровое обеспечение амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения в г. Минске, только в 2006 г. число врачей в женских консультациях уменьшилось на 9,0 (23 врача).

В возрастной структуре врачей уменьшается количество молодых специалистов и растет удельный вес врачей-пенсионеров – превышает 21%. Амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается в более чем 104 женских консультациях, 218 гинекологических кабинетах, 2524 ФАПх и врачебных амбулаториях, 14 консультациях

«Брак и семья», 6 медико-генетических центрах.

Амбулаторно-поликлиническая помощь женскому населению республики оказывается женскими консультациями. В сельской местности на сельских врачебных участках и в сельских врачебных амбулаториях. Территория сельских врачебных участков

поделена на зоны, обслуживаемые фельдшерско-акушерскими пунктами.

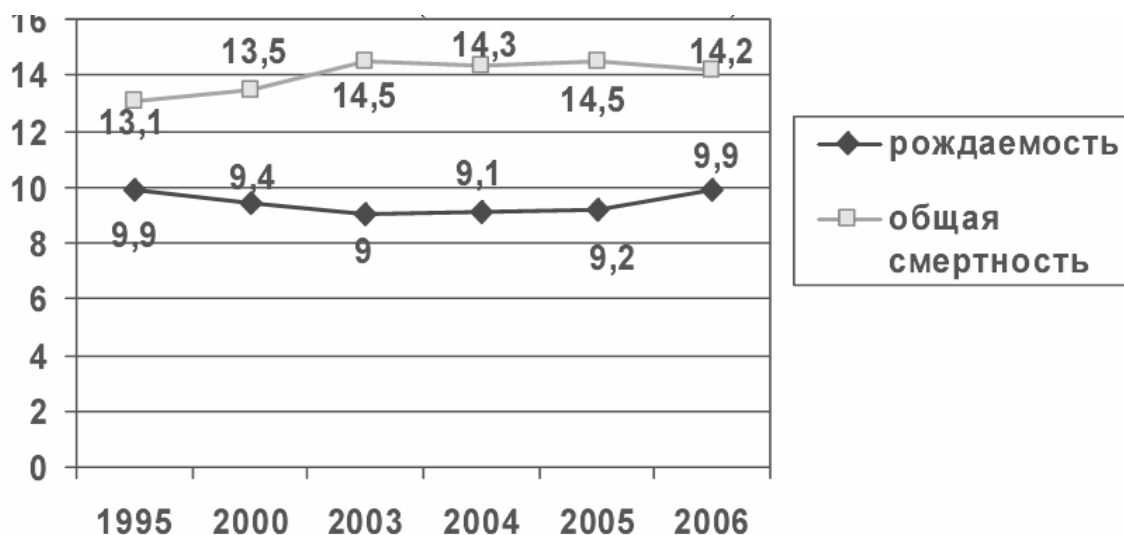
В республике появилась положительная динамика медикодемографических процессов. В 2007 году увеличилось количество родов на 6,3% - 97142. Родилось двоен 877, троен - 12, четверня - 1.



Впервые рождаемость превысила смертность в г. Минске, сохраняется, хотя и

имеется тенденция к снижению смертности в Витебской и Минской областях.

Динамика рождаемости и общей смертности в Республике Беларусь (на 1000 населения)



В 2006 году на учет по беременности до 12 недель стало 94% женщин.

Из них по регионам в Гродненской области 97% и самый низкий показатель в Могилевской области (91,7%)

В настоящее время большинство беременных встают на диспансерный учет по беременности после проведения прегравидарной подготовки. Так, на учет по беременности после прегравидарной подготовки в Минской области стало 71%, в г. Минске – в поликлиниках №№ 3, 8, 28 – охват преграви-

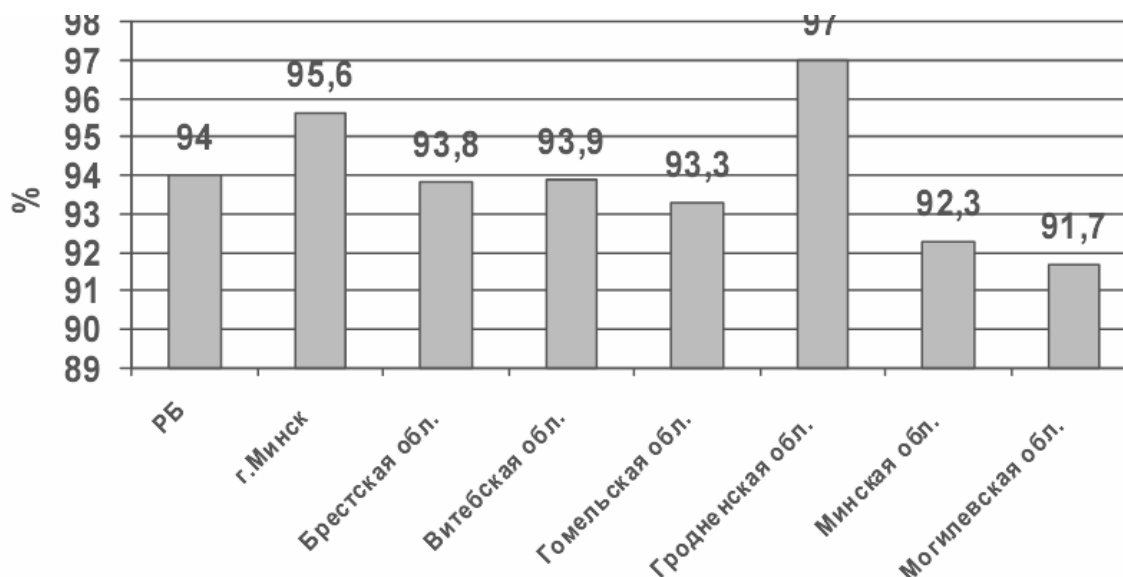
дарной подготовки составляет 42%-46%, Брестской области-56,1% (в случае преждевременных родов – только 37,7 %, в случае самопроизвольных выкидышей - 32,2%), в Гродненской области – 91,5% и самый низкий показатель преждевременных родов – 2,3% (по РБ - 3,1), что указывает на эффективность работы по прегравидарному оздоровлению и лечению беременных.

Высокий уровень охвата беременных УЗ-методами пренатальной диагностики в разные сроки беременности. В РБ до 12 нед -

90,2%, 12-22 нед. – 87,0%, после 22 нед. – 82%.

Прервано 563 беременности с ВПР из 764 выявленных (73,7%), из них до 12 недель 195 (34,6%).

Взятие на учет по беременности до 12 недель (%)



Объем УЗ-обследований в республике в 2006 г. составил 264073 исследования, на 22711 исследований больше, чем в 2005 г. и на 30674 больше, чем в 2004 г. При этом наибольшая эффективность выявления плодов с пороками развития в расчете на количество исследований была в 2004 г. – 1/312, на 19% выше, чем в 2005 г. (1/372) и на 11% выше, чем в 2006 г. (1/346). Наилучшие показатели в Могилевской (в среднем 1/248) и Гомельской (в среднем 1/247) областях. Положительная динамика наблюдается в Витебской и Гомельской областях и в г. Минске.

Анализируя срок установления патологии плода, следует отметить, что в основном пороки развития были выявлены во 2 триместре беременности – 55,5% (53,2% – в 2006 г.) от всех случаев.

Выявление в 1 триместре составило 26,5% (26,8% - 2006г.), 17,9% всех плодов с пороками развития были выявлены при УЗИ в 3 триместре. Позднее выявление патологии плода несомненно ограничивает возможность прерывания такой беременности, если в 1 триместре при выявлении патологии прерываются 95% беременностей, во 2 триместре – 80%, то в 3 триместре – 28%.

Необходимо повысить выявляемость пороков до 12 недель, за счет качества работы врачей-функционалистов и обеспеченности УЗ-аппаратами высокого или экспертного класса.

Среди главных индикаторов, характеризующих деятельность служб охраны здоровья женщин, бесспорный приоритет принадлежит показателю материнской и перинатальной смертности. Ежегодно около восьми миллионов женщин страдает от осложнений, связанных с беременностью, и около полу-миллиона умирает.

В развивающихся странах одна женщина из одиннадцати может умереть от осложнений, связанных с беременностью. Тогда как в развитых странах - это соотношение составляет одна из пяти тысяч. В странах Западной Европы показатель материнской смертности колеблется от 8 до 14 на 100 000 живорожденных. В Америке – 4-5 на 100 000.

В 2006 г. в республике от причин, связанных с беременностью, родами и послеродовым периодом, умерло 11 женщин (11,4 на 100 000 живорожденных).

За аналогичный промежуток 2005 г. умерло 14 женщин (15,5 на 100 000 живорожденных).

Наиболее высокие уровни материнской смертности за 12 месяцев 2006 г. отмечены в Минской (3 женщины – 20,6 ‰) области, г. Минске (3 женщины – 16,8 ‰), Гродненской (2 случая-17,9 ‰) и Гомельской (1 женщина – 6,8 ‰), Витебской – (1 случай- 8,9 ‰), Брестской области (1случай – 6,4 ‰).

Из общего числа умерших женщин в 2006 г. 8- женщин (72,2 %) погибли в после-

родовом периоде, 2- женщины (18,2%) – во время родоразрешения, 1 женщина (9,6 %) - во время беременности.

От прямых акушерских причин в 2006 г. погибли 4 (36,4%) женщины (в результате разрыва матки-1, центрального предлежания плаценты, кровотечения-1, гестоза - 1, эмболии околоплодными водами – 1).

У 7-и женщин (63,6%) причинами смерти была экстрагенитальная патология: тромбоэмболия легочной артерии - 1, одна женщина умерла в результате осложнения анестезии при выполнении операции кесарево сечение, 5 женщин – от соматических заболеваний (3 - случая злокачественные новообразования, 1- случай врожденный порок сердца, 1-случай разрыв аневризмы грудного отдела аорты). Срочные роды - 9, преждевременные - 1, прерывание беременности по медпоказаниям -1. Родоразрешение путем операции кесарево сечение-3 (плановое кесарево сечение- 2 по сочетанным показаниям, и экстренное малое кесарево сечение-1), роды через естественные родовые пути – 8.

Повышение в причинной структуре заболеваемости беременных, рожениц и родильниц тяжелых осложнений беременности и соматической патологии могло бы привести к повышению материнской смертности. Однако на протяжении последних лет уровень материнской смертности снизился с 27,5 в 1997 г. до 11,4 на 100 000 живорожденных в 2006 г., в том числе и от прямых акушерских причин (20,9 и 4,2соответственно).

В тоже время, за этот же период зарегистрирован рост числа материнских смертей от экстрагенитальной патологии с 6,6 до 7,3 на 100000 родившихся живыми.

В Республике Беларусь за 6 месяца 2007 года от осложнений беременности, родов и послеродового периода умерло 4 женщины, показатель материнской смертности составил 8,1 на 100 000 живорожденных (за 6 месяцев 2006 года умерло 7 женщин, показатель материнской смертности составил 14,5 на 100 000 живорожденных).

Экспертный анализ показал о недооценке тяжести соматической и акушерской патологии на уровне женской консультации, недостаточной организации по преемственности в работе педиатрической, терапевтической и акушерско-гинекологической служб, а также амбулаторного и стационарного звена.

Наиболее оптимальным путем снижения данной негативной тенденции является совершенствование и повышение роли первичной медико-санитарной службы по свое-

временной диагностике и лечению женщин группы резерва родов.

В оказании первичной амбулаторно-поликлинической помощи беременной - ведущую роль играет женская консультация и у беременной лечащим врачом является - акушер - гинеколог.

Главным принципом работы, которой является обеспечение динамического наблюдения за беременными, проведение профилактических мероприятий по предупреждению осложнений беременности, родов и послеродового периода, своевременная диагностика и госпитализация в стационар беременных групп высокого риска перинатальных осложнений.

В Беларуси сохраняется негативная тенденция ухудшения здоровья беременных, которые снижают качество внутриутробного развития плода и приводят к снижению здоровья детей.

Достигнуты некоторые успехи в работе с беременными, видны результаты антианемических мероприятий, йодопрофилактики.

Распространенность железодефицитных анемий снизилась с 19,14% в 2001 г. до 15,37% в 2006 г. Заболевания щитовидной железы в 2001 году 12,5%, в 2006 г. – 7,3%.

Увеличилось количество беременных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, болезнями мочеполовых путей и сахарным диабетом.

В последние годы в республике уделяется большое внимание проблемам репродуктивного здоровья и мерам по его охране и улучшению. К самым значимым проблемам репродуктивного здоровья следует отнести инфекции, передаваемые половым путем (далее-ИППП) и аборт.

ИППП и аборт являются существенным фактором ухудшающим репродуктивное здоровье населения, поскольку их последствиями являются: хронические воспалительные заболевания, бесплодие, ухудшение качества здоровья потомства.

Работа по планированию семьи и предоставлению услуг по контрацепции проводится врачами акушерами-гинекологами женских консультаций. В результате проводимой планомерной профилактической работы в республике за прошедшие 10 лет количество производимых абортов снизилось практически в три с половиной раза.

Несмотря на снижение абсолютного числа абортов, искусственное прерывание беременности по-прежнему остается основным методом регулирования рождаемости. Актуальным является вопрос предупрежде-

ния нежелательной беременности и сохранении каждой возможной (зачатой) жизни. Основными причинами абортот являются: в отдельных случаях недостаточная информированность населения в вопросах сексуальной

культуры, недостаточно ответственное отношение большинства женщин к своему здоровью, крайне низкая ответственность мужчин за предотвращение нежелательной беременности партнерши и др.

Динамики абортот в Беларуси (по данным Министерства статистики)

Годы	Все абортот (медицинские + вакуум-аспирация), абс.ч.	Число абортот на 1000 женщин фертильного возраста	Число абортот на 100 родившихся живыми
1996	174100	66,9	180,6
2000	121900	46,1	128,7
2004	72700	26,8	80,7
2005	64600	24,3	72
2006	48351	20,6	50,1

В качестве одного из основных параметров для оценки доступности, полноты использования и эффективности служб медико-санитарной помощи, состояния здоровья населения и социально-экономических условий общества Всемирная Организация Здравоохранения рекомендует использовать показатель перинатальной смертности.

Республике Беларусь с конца 80-х годов прошлого века относится к регионам с низким уровнем перинатальной смертности.

В Республике Беларусь проводится реорганизация акушерско-гинекологической службы. На базе действующих крупных областных родильных домов и районных больниц функционируют перинатальные центры (7 – третьего уровня, и 14 – второго уровня) для оказания специализированной помощи женщинам с тяжелой акушерской и соматической патологией, в которых созданы условия для выхаживания недоношенных детей, в том числе глубоко-недоношенных детей с массой тела от 500 до 1 000 граммов.

Это позволило уменьшить число перинатальных потерь.

Если в 2004 году показатель перинатальной смертности с учетом плодов и младенцев, родившихся с массой тела 500-999г, составлял 8,6 на 1 000 живо - и мертворожденных (показатель мертворождаемости – 5,4‰, ранней неонатальной смертности – 3,2‰), то в 2006 г. данный показатель снизился до уровня 7,3‰ (показатель мертворождаемости – до 4,9‰, ранней неонатальной смертности – до 2,4‰).

Наиболее высокие уровни перинатальной смертности в 2006 году отмечены в г. Минске (9,8‰) и Витебской области (8,1 ‰).

В 2006 г. всего в перинатальном периоде умерло 710 плодов и новорожденных, из которых погибшие с массой тела 500-999 г составили 37% (263 плода и ребенка).

В Республике Беларусь за 5 месяцев 2007 года родилось живыми – 41 338 детей, мертвыми – 170 (за аналогичный период 2006 года родилось – живыми 37873, мертвыми – 200). За 5 месяцев 2007 г. уровень перинатальной смертности с учетом плодов и младенцев, родившихся с массой тела 500-999 г, снизился и составил 6,4‰ (2006 г. – 8,0 ‰). Снижение данного показателя произошло в основном за счет снижения уровня мертворождаемости до 4,1‰ (2006 г. – 5,3 ‰).

Наиболее низкая мертворождаемость зарегистрирована в Витебской области (3,1 на 1000 живо – и мертворожденных), а наиболее высокие уровни данного показателя – в Минской (5,6 ‰) и Гомельской (5,2 ‰) областях с тенденцией к снижению за аналогичный период 2006 года.

Таким образом, и в Республике Беларусь за 5 месяцев 2007г. отмечается стойкое снижения уровня мертворождаемости до 4,2‰ (2006 г. – 5,5 ‰)

Основными причинами мертворождаемости являются:

асфиксия плода на почве нарушения маточно-плацентарного кровообращения развившейся вследствие нарушения плодово-плацентарного кровотока, патологии плаценты и пуповины, тугого обвития пуповины вокруг шеи, короткой пуповины;

врожденные аномалии развития;
инфекции перинатального периода;
прочие причины;

Мертворождаемость – отражает эффективность работы амбулаторно-поликлинической службы (наблюдение и обследование женщин группы резерва родов, диспансерное наблюдение беременных) Учитывая, что особенностью перинатальной патологии является многофакторность влияния на состояние плода и новорожденного длительность беременности, экстрагенитальная и

акушерская патология матери - резервом снижения перинатальной и материнской смертности является проведение адекватной прегравидарной подготовки с целью выявления хронических очагов инфекции и экстрагенитальной патологии, совершенствование мероприятий по преемственности в работе педиатрической, акушерской и терапевтических служб, службы по планированию семьи.

Работа с женщинами группы резерва родов проводится в рамках акушерско-терапевтико-педиатрических комплексов (далее - АТПК). Вопросы по работе с женщинами группы резерва рассматриваются на медико-санитарных советах во всех организациях здравоохранения, на заседаниях акушерско-терапевтико-педиатрических Советов и Совете по перинатологии, лечебно-контрольных Советов и коллегиях управлений здравоохранения, комитета по здравоохранению.

Однако, несмотря на проводимую работу, в результате анализа в ряде регионов выявлены недостатки, которые указывают на формальный подход со стороны смежных специалистов по работе с женщинами группы резерва родов, что находит свое подтверждение при проведении анализа материнской смертности от экстрагенитальной патологии.

В рамках системы перинатальных технологий на амбулаторно-поликлиническом уровне, для профилактики внутриутробного инфицирования необходимо обеспечить своевременное выявление и лечение инфекций передаваемых половым путем (далее - ИППП).

В республике среди населения сохраняется высокий уровень заболеваний, обусловленных инфекциями, половым путем, если в 2004 году на 100 000 жителей выявлено 1466 случаев, то в 2006 году 1729 случаев, (9 случаев на 100 000), прирост на 1,9%.

Однако, отмечается снижение ИППП за счет снижения таких «злостных» инфекций, как сифилис, гонорея, трихомониаз и увеличение за счет бактериального вагиноза, микоплазмоза и кандидоза.

Одной из наиболее полно регистрируемых на территории Беларуси инфекций, передаваемых половым путем, является сифилис. Пик заболеваемости сифилисом пришелся на 1996 год и составил 209,7 на 100 тысяч населения. С 1997 года наметилась тенденция к стабилизации и постепенному снижению заболеваемости сифилисом и в 2006 году уровень заболеваемости сифилисом, составил 27,1 на 100 тысяч населения.

Уровень заболеваемости гонореей, в 2006 году составил 62,5 на 100 тысяч населения.

Заболеваемость урогенитальным хламидиозом составила 112,8 на 100 тысяч населения в 2000 году и в 2006 году - 219,0 на 100 тысяч; за этот же период заболеваемость бактериальным вагинозом увеличилась с 124,0 до 317,0 на 100 тысяч населения.

Данная тенденция прослеживается во всех регионах республики. Целенаправленная дальнейшая работа с женщинами группы «резерва родов» по профилактике и лечению ИППП позволит снизить антенатальную гибель плода за счет внутриутробного инфицирования.

Структура заболеваемости беременных отражает эффективность проведенных лечебно-диагностических мероприятий на амбулаторно-поликлиническом этапе в рамках АТП-комплексов и ведения женщин группы резерва родов. Одним из резервов снижения материнской и перинатальной смертности в республике мы видим в необходимости дальнейшего совершенствования проводимых мероприятий, направленных на улучшение репродуктивного здоровья. С этой целью должны быть объединены усилия как акушерско-гинекологической, так и терапевтической служб системы здравоохранения.

С наступлением репродуктивного возраста необходима доступная информация и услуги по планированию семьи, создание условий для подготовки к планируемой беременности, проведению полноценной и своевременной прегравидарной подготовке.

Несмотря на то, что полнота оздоровления и подготовки женщины к беременности в основном обусловлена ее личной мотивацией, санитарно-просветительская работа с населением в этом плане практически не проводится.

Ни в одном из проверяемых учреждений нет соответствующей наглядной информации для пациентов и посетителей о ведении динамического наблюдения женщин из группы резерва родов, его основных задачах, важности, необходимых требований и др.

В тоже время нельзя не отметить, что во всех регионах наметилась устойчивая тенденция по снижению перинатальной, младенческой смертности, показателя материнской смертности по итогам работы последних лет.

Главным направлением в решении проблемы охраны материнства и детства связано со снижением репродуктивных потерь, которые рассматриваются как конечный резуль-

тат влияния социальных, медицинских и биологических факторов на здоровье беременной плода и новорожденного.

Для выполнения поставленных задач необходимо:

1. Строго выполнять в полном объеме и на всех уровнях оказания акушерско-гинекологической помощи клинических протоколов по акушерству и гинекологии, согласно приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь №66 от 5.02.07 года «Об утверждении клинических протоколов»

2. Проводить анализ акушерско-гинекологической деятельности в учреждениях здравоохранения в соответствии с утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь «Алгоритмы анализа эффективности акушерской и перинатальной служб в ЛПУ Республики».

3. Регулярно вносить предложения руководству рай-, гор- облисполкомов по организации проведения оздоровительных мероприятий женщинам репродуктивного возраста, о привлечении заинтересованных ведомств для работы с социально неблагополучными семьями.

4. Возложить координирующую роль по выявлению экстрагенитальной патологии и последующему оздоровлению женщин группы резерва родов на участковых врачей-терапевтов, врачей общей практики, а с целью проведения прегравидарной подготовки к беременности на врачей-акушеров-гинекологов - постоянно;

5. Шире использовать современные методы контрацепции в ГРР, не планирующих беременность, имеющих абсолютные медицинские противопоказания к беременности, а также женщинам из группы социального риска.

6. Организация на постоянной основе через средства массовой информации работы с населением по вопросам охраны репродуктивного здоровья, важности динамического наблюдения и прекоцептивной подготовки женщинам из группы резерва родов.

7. Открытие, начиная с районного и межрайонного уровня кабинетов по прена-

тальной диагностике с применением ультразвукового сканирования высокого, экспертного класса, позволит исключить риск рождения детей с пороками развития и снизить детскую инвалидность;

8. Необходимо проводить детальный анализ между регионами республики врожденных пороков развития плода с учетом материально-технической базы медико-генетических консультаций, с целью определения основных путей совершенствования методов пренатальной диагностики и как следствие снижение перинатальной смертности от данной патологии.

9. Снижение перинатальных потерь за счет маловесных детей, профилактики преждевременных родов и поздних абортов при использовании современных технологий сохранения беременности;

10. Обеспечить бесплатное обследование беременных на инфекции, передающиеся половым путём на всех уровнях оказания медицинской помощи, в целях снижения внутриутробного инфицирования плода и перинатальной смертности.

11. Внедрение в практическое здравоохранение научных разработок, направленных на антенатальную охрану плода (реализация регионарных и республиканских программ профилактики невынашивания, дефицитных состояний у беременных и новорожденных - йод, железо, и др.);

12. Расширение урбоэкологических исследований для выявления отдельных факторов риска в нарушении репродуктивного здоровья;

13. Использование методов сравнительного, структурно-функционального и системного анализа документов для разработки методов прогнозирования и профилактики нарушений репродуктивного здоровья;

14. Научная разработка и внедрение эффективных высоких технологий в лечении бесплодия и невынашивания беременности;

15. Осуществление медико-социологических исследований по репродуктивному поведению различных групп населения для научного обоснования программ в области семейной политики.